Techniques de soins

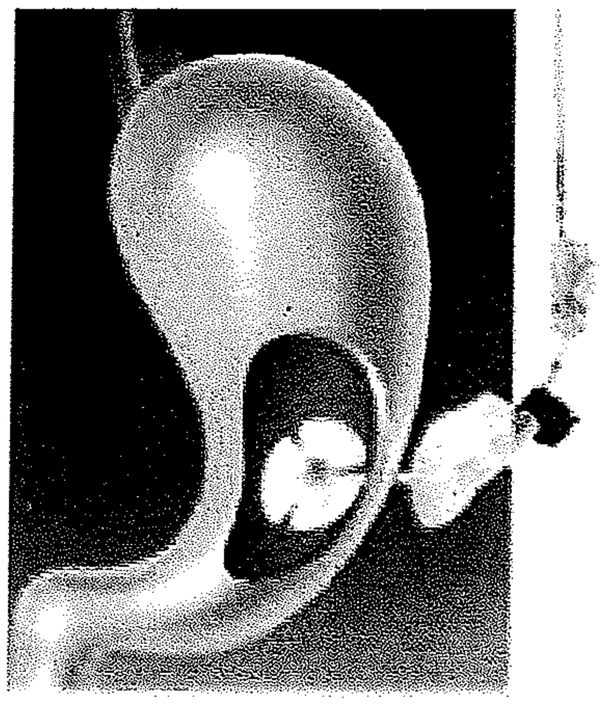
# GASTROSTOMIE PERCUTANEE ENDOSCOPIQUE (PEG)

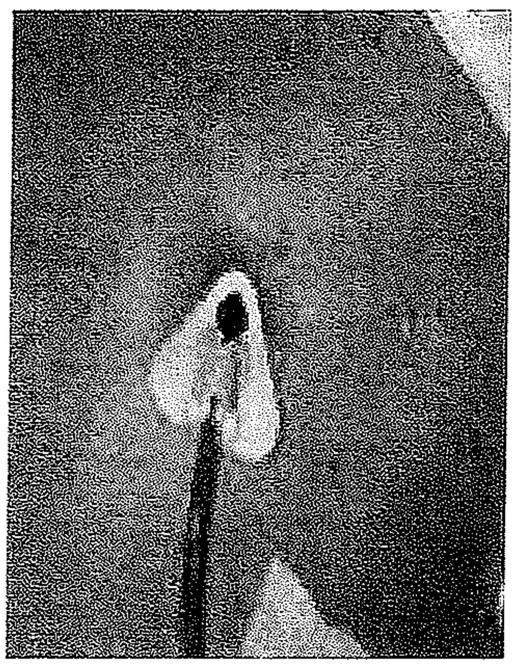
**liens:[administration d'une alimentation par sonde]**

## Définition

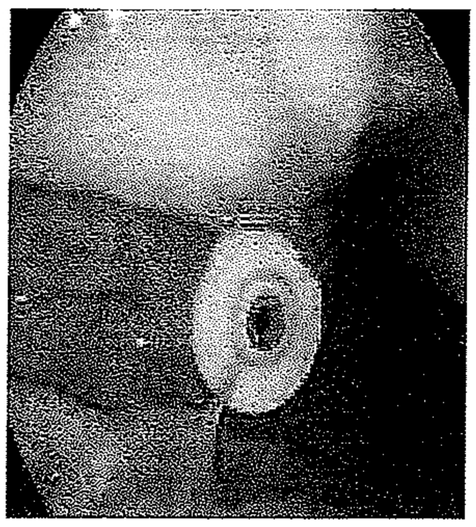
**(PEG = percutaneous endoscopic gastrostomy)**

Technique qui combine un abord endoscopique et percutané pour la mise en place d'une sonde d'alimentation dont l'extrémité distale est placée au niveau de l'estomac (grande courbure de l'estomac).

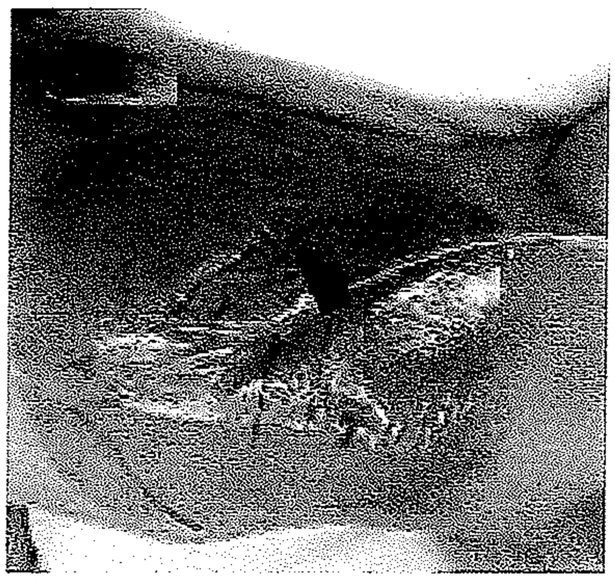




Vue externe



Vue interne



Pédiatrie

## Remarques

- Au CHUV, les PEG sont posées soit par les gastro-entérologues adulte et pédiatrique, chirurgiens pédiatres, soit par les ORL.
- L'information des patients/parents/entourage est faite parl'opérateur
- L'évaluation par l'anesthésiste est nécessaire, si AG (consultation à la pré-hospitalisation et hospitalisation) si non à l'hôpital de jour
- Il est impératif que le patient soit à jeun depuis 12 heures pour la pose de PEG
- Pour la Pédiatrie: le patient est mis à jeun selon l'âge et precription de l'anesthésiste)
- Pas d'examen de routine, sauf cas particuliers (TP à 50 %, Plaquettes à 50 000 G/l)
- L'antibiothérapie prophylactique n'est pas nécessaire sauf sur indication de l'opérateur
- Lors de complications locales, le patient est adressé au médecin poseur de la PEG
- Pour le patient hospitalisé, l'équipe de Nutrition Clinique est contactée pour la mise en route de l'alimentation entérale dès la pose de PEG. Dès sa sortie de l'hôpital, l'infirmière de liaison organise la réfection du pansement à domicile par le CMS dès J6-7
- Pour le patient ambulatoire, l'équipe de Nutrition Clinique est systématiquement informée de la convocation des patients pour organiser l'alimentation entérale à domicile et pour la réfection des pansements par le CMS (pas de pose de PEG ambulatoire en pédiatrie.

**Retrait PEG/ Pose de bouton/ gastrotube d'alimentation**

- Le retrait de la PEG nécessite une gastroscopie pour le retrait du dispositif interne de maintien de la sonde, au plus tôt 30 jours après la pose (pour la pédiatrie: 2 mois). Dès lors, le remplacement de la PEG par un bouton/gastrotube d'alimentation est possible
- Patient est à jeun les 6h précédentes (pour la pédiatrie: des liquides clairs sont tolérés selon prescription médicale)



**Dangers - Risques**

**Complications majeures** (en moyenne moins de 2% des cas)

- Infections cutanées (abcès, cellulite, fascéite)
- Péritonite
- Hémorragie
- Complication digestive, fistule, gastro-colique
- Bronchoaspiration

**Complications mineures** (en moyenne moins de 5-15% des cas)

- Douleurs abdominales dans les premières 24 heures
- Hématome
- Pneumo-péritoine
- Iléus fonctionnel
- Infections cutanées autour de l'orifice (écoulement local)
- Protrusion de la muqueuse gastrique (granulation)
- Déplacement de la sonde, rupture du matériel
- Obstruction de la sonde
- Reflux gastro-oesophagien

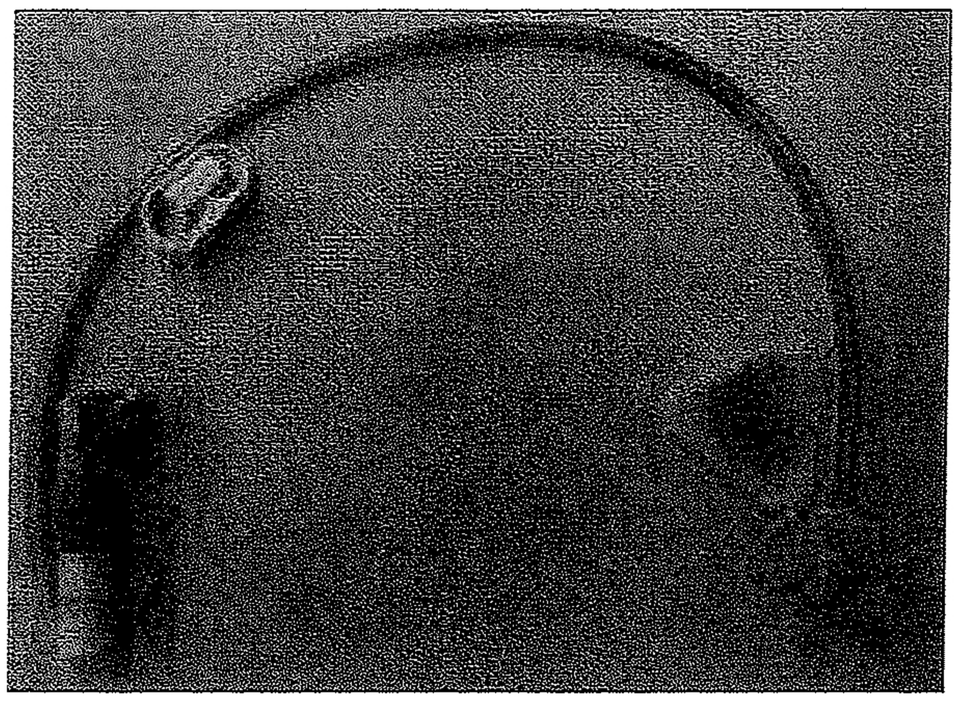
**Indications**

- Alimentation orale impossible ou insuffisante avec un tractus digestif fonctionnel:
  - Neurologie (troubles de la déglutition, myopathies, IMC,....)
  - Gastro-entérologie / ORL (sténose, malformations, cancer,...)
  - Oncologie / Radio-oncologie / Infectiologie (mucite, chimiothérapies intensives, HIV,...)
  - Soins palliatifs (décompression gastrique si carcinomateuse,...)
  - Pédiatrie (maladies métaboliques, mucoviscidose, oncologie,...)
  - Soins intensifs (traumatismes cranio-faciaux, trachéostomie, brûlés,...)
  - Psychiatrie (anorexie, démence sénile, oligophrénie,...)

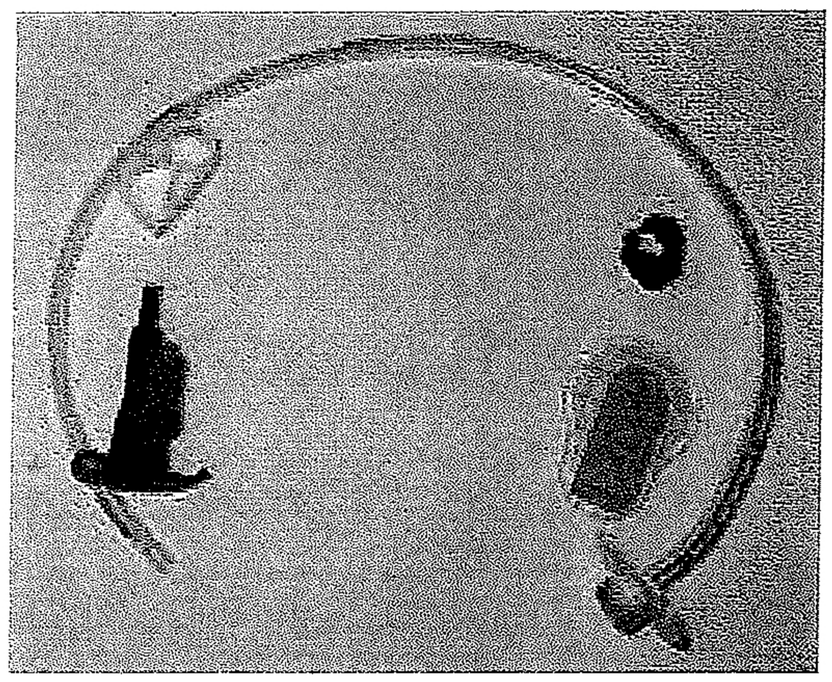
**Contre-indications**

- Iléus
- Dialyse péritonéale
- Trouble de la coagulation
- Sepsis, péritonite
- Pancréatite aiguë
- Hypertension portale, varices œsophagiennes, ascite
- Sténoses œsophagiennes non dilatables
- Obésité morbide, impossibilité de transilluminer la paroi abdominale
- Maladie ulcéreuse gastro-duodénale active
- Mauvaise vidange gastrique, gastro-parésie
- Modifications inflammatoires ou néoplasiques de la paroi antérieure de l'estomac
- Status post-laparotomie (contre-indication relative si adhérences marquées ou multiples)
- Chirurgie œsophagienne
- Shunt ventriculo-péritonéal

- Matériel de PEG: set de CH 15, RAFA 233596
- Matériel pour Pédiatrie: CH14, RAFA: 906289
- Matériel pour la nutrition (cf : **fiche administration d'une alimentation par sonde**)



PEG gastrique Freka® Adulte



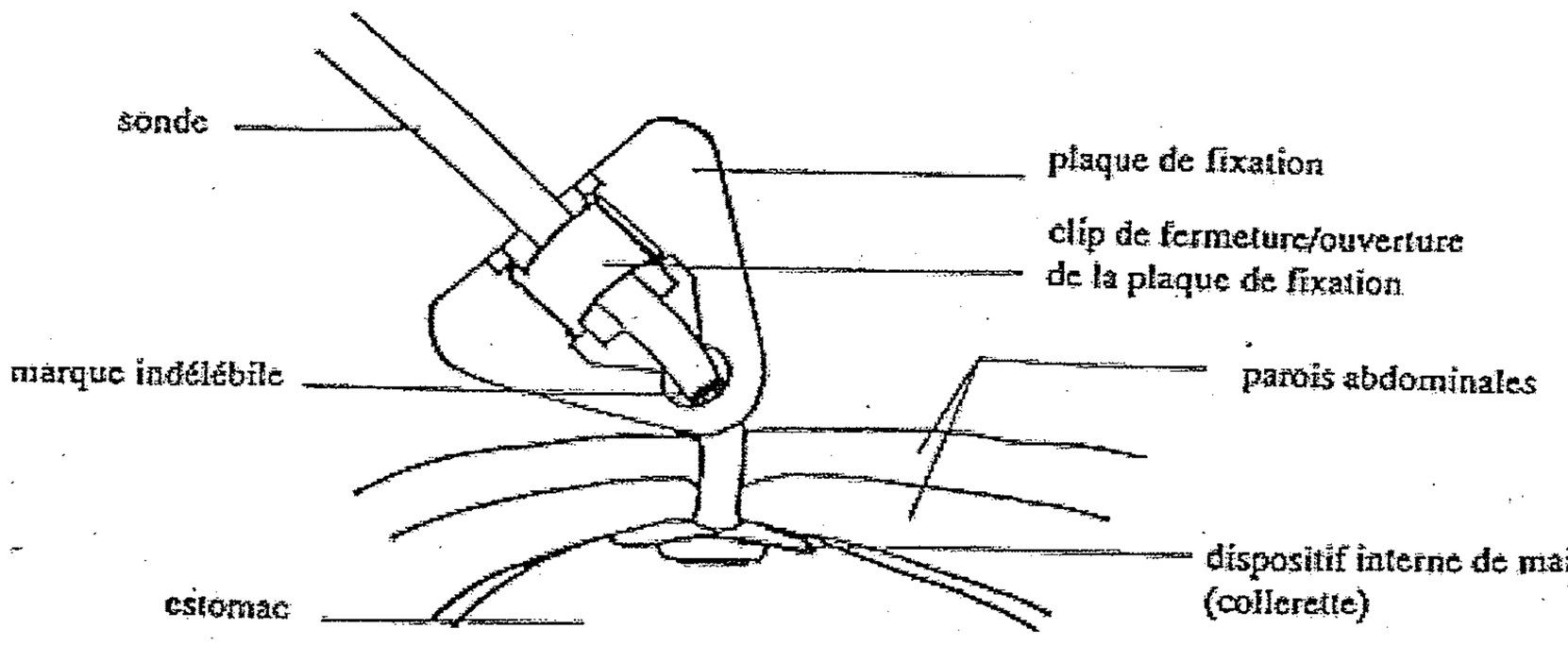
PEG Flocare® Pédiatrie

| Matériel de protection | Matériel de soins |
|---|---|
| • 1 antiseptique pour les mains | • Set de désinfection pour pansement<br>• Désinfectant non alcoolisé (Hibidil®) cf: **Pharminfo n°** 6-2012<br>• NaCl 0.9 % 10 ml<br>• Compresses stériles 5 x 5 cm et Méfix®<br>• Tégaderm HP® 10 x 12 cm<br>• Méfix® (pour fixer la sonde sur l'abdomen)<br>• Gants à usage unique |
| **Matériel d'élimination** | |
| • 1 sac à déchets urbains | |

## Déroulement

### SOINS DE LA PEG

**Schéma de la PEG :**




**De J 0 à J 5: Accolement des parois gastrique et abdominale**

- Ne pas toucher le pansement Tegaderm® durant 5jours
- Pendant cet intervalle, surveillance visuelle du site d'insertion de la sonde, en cas d'apparition de signes inflammatoires, aviser le médecin pour un contrôle local et la réfection anticipée du 1er

pansement

**De J 6 7 pour l'adulte et pour la Pédiatrie J 4-5 : réfection du 1er pansement** par le médecin poseur de la PEG.

- Informer le patient, requérir son accord et sa collaboration
- Se désinfecter les mains par friction avec une solution ou gel hydro-alcoolique
- Installer le patient en décubitus dorsal
- Se désinfecter les mains par friction avec une solution ou gel hydro-alcoolique
- Mettre les gants non stériles
- Décoller très doucement le pansement en place, sans traction sur la peau, la plaque de fixation ou la sonde
- Evaluer l'état cutané
- Rincer la sonde avec de l'eau minérale pour vérifier la perméabilité ou la présence d'une fuite
- Ouvrir la plaque de fixation et la coulisser sur la sonde cf. dessin. (En pédiatrie: pas avant un mois)
- **Désinfecter** le site d'insertion de la PEG avec le désinfectant non alcoolisé (Hibidil®)
- Nettoyer la plaque de fixation et la sonde avec du NaCl 0,9%
- **Effectuer un mouvement de va-et-vient d'1 ou 2 cm avec la sonde vers l'intérieur de l'estomac.** La mobilisation de la sonde vise à éviter une impaction du dispositif interne de maintien de la sonde dans la muqueuse gastrique. Elle ne doit pas être douloureuse
- Effectuer une rotation de la sonde de 180° voire 360°
- **Contrôler la traction PUIS l'adhérence de la sonde**:
  - ***Pour la traction:*** *mobiliser la PEG en tirant doucement sur la sonde jusqu'à une légère résistance.*
  - ***Pour l'adhérence:*** *positionner la plaque de fixation contre la peau. Cette plaque doit pouvoir tourner librement sans laisser plus de 2-3 mm entre la peau et la plaque (favorise les irritations, fuites et infections de paroi)*
- Fermer la plaque de fixation
- Coller un nouveau Tegaderm®
- Fixer la sonde sur l'abdomen (Méfix®)

**De J 6 - 7 à J 15** : **pansements stériles quotidiens par les infirmières** identiques au 1er pansement

Pour la **Pédiatrie: uniquement pansement imperméable dès J 5 - 6 pour douche; pas de bain les premiers 10 jours.**

**A partir de J16 pour l'adulte et de J 11 pour la Pédiatrie** : plus de pansement, mais effectuer DES SOINS D'HYGIENE QUOTIDIENS. Reprise des douches et des bains possibles

- **Laver au savon** le site d'insertion de la PEG + la plaque de fixation + la sonde
- Rincer à l'eau. **Bien sécher** !!
- Pas de compresses entre peau et la plaque de contention
- **Mobiliser** la sonde et sa plaque de fixation chaque jour dès cicatrisation
- Noter les observations et le contenu de l'enseignement dans le dossier de soins

**A J30: contrôle de la PEG** par le médecin qui a posé la PEG (pas réalisé en gastro-entérologie)

**NUTRITION PER OS ET ENTERALE**

- Reprise de l'alimentation et hydratation per os dès la pose de la PEG sauf contre-indication de l'opérateur
- Début possible de l'alimentation dès la pose de PEG sauf contre indication de l'opérateur
- Positionnement du patient lors de l'alimentation par sonde : **buste à 30° minimum**, pour l'enfant le buste à 30 ° n'est pas nécessaire
- Le type et la quantité de produit d'alimentation doivent être discutés avec un médecin et/ou une diététicienne. Il est progressivement adapté selon la tolérance du patient
- Maintenir la perméabilité de la sonde :
  - Rincer avec de l'eau minérale (20 ml au minimum) AVANT et APRES le passage de nutrition entérale ou des médicaments
  - Rincer avec de l'eau bouillie (enfant<6 mois), quantité selon prescription médicale, AVANT et APRES le passage de nutrition entérale ou des médicaments pour les enfants

- Si la sonde est bouchée, désobstruer selon les consignes du bulletin de Pharminfo N°10-2012

- Changement de la tubulure de nutrition, seringue et raccords 1x/ 24H
- Pour le patient ambulatoire, enseignement de la manipulation du système au patient et/ou à l'entourage selon le degré d'autonomie
- Si des effets secondaires apparaissent (nausées, vomissements, troubles du transit...) **stopper la nutrition entérale** et contacter le service de nutrition clinique si le patient est hospitalisé ou appeler le CMS/médecin traitant si le patient est à domicile

## Surveillance

- Gestion de la douleur: après la pose de PEG, prescription systématique d'antalgie de type Paracétamol® en réserve. En cas de douleur persistante, le patient est revu par le médecin poseur de la PEG
- Etre attentif:
  - à l'état local de la peau (fuite, escarre,...)
  - aux plaintes du patient, ex : reflux, vomissements, ballonnements, douleur
  - à l'état d'hydratation
  - à l'évolution de la courbe de poids
  - au transit

**Ressource**:

- Gastroentérologie: Bip de garde: 021/3140739 — Dr G. Dorta : 079/556 66 37
- Gastroentérologie Pédiatrie: Bip de garde: 079/556 58 73 — Dr A. Nydegger: 079/556 60 74
- Chirurgien ORL: Bip de garde: 079/5564923 — Dr C. Ikonomidis: 079/556 41 73
- Nutrition Clinique: Bip de garde: tél 079/556 60 17 — Dr P. Coti: 079/556 44 10
- Nutrition clinique: infirmières: tél 079 556 85 20
- CHP:Bip de garde: tél 079 556 57 61 — Pr O. Reinberg 079 556 84 29
- PED: Bip de garde assistant 079 556 62 37

## Bibliographie / Références


- Traité de nutrition de l'adulte. Cano N, Barnoud D, Schneider SM, Vasson MP, Hasselmann M, Leverve X. (Réd.) 3ième ed., 2007. Chapitres 41 et 43.
- Gastrostomie: quelle technique pour quel patient? N. Flori, V. Gilles, C. Bouteloup, P. Senesse, le CEPC de la SFNEP, www.sfnep.org
- Manuel d'utilisation à l'usage des praticiens, diététiciens et infirmiers: C.Plumart, B.Seignez, D.Lescut, Les Editions de la SFNEP«Nourrir l'Homme Malade» www.sfnep.org
- ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition- PEG. Löser Chr, Aschl G, Hebuterne X et al. Clinical Nutrition 2005; 24:848-61
- Manuel de soins sondes percutanées, techniques de pose, soins, complications, Fresenius Kabi, disponible auprès de l'infirmière NC
- Soins et Surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile, ANAES (Mai 2000) http://www.has-sante.fr
- Principes généraux d'administration de médicaments par sonde d'alimentation entérale. Pharmacie CHUV, Bulletins d'information, Pharminfo N°10-2012
- Antiseptique et désinfectants. Pharmacie CHUV, Bulletins d'information, Pharminfo N°6-2012



*Cette version annule et remplace toute version antérieure*

*Version 3.1*

**Rédigée par : GT permanent et Gt Nutrition**

**Validée par : GT Nutrition/ Groupe médico-chir gastro-ped (GMCGEP)**

**Révisée par : GT Nutrition/ Groupe médico-chir gastro-ped (GMCGEP)**

**Mise sur intranet le : 08.08.2013**


La responsabilité du CHUV© ne peut être engagée en cas d'utilisation de ces techniques en dehors du cadre de l'Institution.
CHUV© / DSO - GT-44 "Techniques de soins"

Dernière modification le 22.08.2013